



**ZORGSAAM**  
**WIELINGENLAAN 2**  
**4535 PA TERNEUZEN**  
**Afdeling Zorgadministratie 0115-677080**

**Aanvraagformulier Inzage, afschrift en /of vernietiging van het patiënt/cliënt dossier.**  
Leest u voor het invullen van dit formulier eerst de informatie over de procedure.

**Aanvrager**

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_  
Relatie tot de patiënt( indien van toepassing): \_\_\_\_\_

**Verzoekt om (aankruisen wat van toepassing is):**

**Wijze van verstrekken**

- |    |             |                          |                        |                          |                 |                          |                               |
|----|-------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------------------|
| a. | Inzage      | <input type="checkbox"/> | medisch dossier        | <input type="checkbox"/> | USB stick       | <input type="checkbox"/> | Persoonlijk ophalen           |
|    |             | <input type="checkbox"/> | verpleegkundig dossier |                          |                 | <input type="checkbox"/> | Aangetekend opsturen (€ 8,40) |
|    |             | <input type="checkbox"/> | röntgen dossier        |                          |                 |                          |                               |
| b. | Afschrift   | <input type="checkbox"/> | medisch dossier        | <input type="checkbox"/> | papieren versie | <input type="checkbox"/> | Persoonlijk ophalen           |
|    |             | <input type="checkbox"/> | verpleegkundig dossier |                          |                 | <input type="checkbox"/> | Aangetekend opsturen (€ 8,40) |
|    |             | <input type="checkbox"/> | röntgendossier         |                          |                 |                          |                               |
| c. | Vernietigen | <input type="checkbox"/> | medisch dossier        |                          |                 |                          |                               |
|    |             | <input type="checkbox"/> | verpleegkundig dossier |                          |                 |                          |                               |
|    |             | <input type="checkbox"/> | röntgendossier         |                          |                 |                          |                               |

**Betreffende**

Patiëntnummer (staat op het patiëntenetiket)  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Eigennaam: \_\_\_\_\_  
Naam partner: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_

**Dossiergegevens**

Hulpverlener: \_\_\_\_\_  
Specialisme: \_\_\_\_\_  
Periode van behandeling: \_\_\_\_\_

**Aanvrager verklaart op de hoogte te zijn van de informatie over de procedure.**

Datum: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Handtekening: \_\_\_\_\_

**NB: Vergeet niet een kopie van een geldig legitimatiebewijs mee te sturen.**

Deze zijde wordt ingevuld door de hoofdbehandelaar en door medewerkers van de afdeling  
Zorgadministratie

Medisch dossier

Verpleegkundig dossier

Fiat

Hoofdbehandelaar/ clustermanager of operationeel leidinggevende:

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Dossierverwerking

Datum binnenkomst en sturen bevestiging: \_\_\_\_\_ Paraaf \_\_\_\_\_

Datum afgifte of versturing van gegevens: \_\_\_\_\_ Paraaf \_\_\_\_\_

Datum verrichting opvoeren in Ambulant: \_\_\_\_\_ Paraaf \_\_\_\_\_

Prijs van de aanvraag: \_\_\_\_\_

Naam medewerker Zorgadministratie: \_\_\_\_\_

Röntgendossierverwerking

Datum binnenkomst en sturen bevestiging: \_\_\_\_\_ Paraaf \_\_\_\_\_

Datum afgifte of versturing van gegevens: \_\_\_\_\_ Paraaf \_\_\_\_\_

Datum verrichting opvoeren in Ambulant: \_\_\_\_\_ Paraaf \_\_\_\_\_

Prijs van de aanvraag: \_\_\_\_\_

Naam medewerker Röntgen/Zorgadministratie \_\_\_\_\_